

NOM PRENOM(S)			
ADRESSE	Localité:	Code postal:	Pays:
COORDONEES (+ indicatif international)	Tél: +	Fax: +	
	Mobile: +	E mail :	@
	Personne de contact en cas d'urgence		Relation:
	Tél: +	Fax: +	
	Email:	@	Mobile: +
DATE DE NAISSANCE	/	/	Sexe : M · F
OCCUPATION	<input type="checkbox"/> étudiant	<input type="checkbox"/> sans profession	
	<input type="checkbox"/> retraité	<input type="checkbox"/> profession:	
PASSEPORT	N°:		Nationalité:
	Date d'expiration:	/ / 20	
TYPE DE VISA	<input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Visa Vacances Travail	
	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Autre:	
DETAILS DU VOL	Date d'arrivée:	/ / 20	ville: heure locale:
	N° de vol:		
	Date de départ:	/ / 20	ville: heure:
	N° de vol:		
	Compagnie aérienne:		
DETAILS DU PROGRAMME	Nom:		
	Date: du / / 20 au / / 20		
	Nbre de semaines:		
	<input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time		
	Nbre de leçons par semaine:		
NIVEAU D'ANGLAIS	<input type="checkbox"/> Beginner	<input type="checkbox"/> Elementary	<input type="checkbox"/> Lower intermediate
	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Upper intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced
HEBERGEMENT	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> appartement	<input type="checkbox"/> autre:
	<input type="checkbox"/> Résidence	<input type="checkbox"/> hôtel	
FAMILLE D'ACCUEIL	Date: du / / 20 au / / 20		
	Nbre de semaines: Nbre de nuits supplémentaires:		
	Préférez-vous une famille avec enfants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> sans importance		
	Famille avec animaux domestiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> sans importance		
	Famille de fumeurs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> sans importance		
	Préférez-vous une jeune famille <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> sans importance		
FUMEUR	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
ALLERGIES	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
	Si oui, précisez:		
SANTE	Souffrez-vous d'une maladie chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, précisez :		
	Nécessitez-vous un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, précisez lequel et le nom du médicament :		
	Suivez-vous un régime alimentaire particulier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui précisez :		
INTERETS			
ASSURANCE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, je préfère en souscrire une sur place. Si oui, précisez le nom de la compagnie :		
	Numéro de police :		
	NOTE: l'assurance voyage-santé est obligatoire en Australie et Nouvelle-Zélande		
PAYEMENT	Je paierai par transfert télégraphique de ma banque à votre banque le montant de NZ \$,00 incluant les frais d'inscription non-remboursables de NZ\$350,00		
	J'ai pris connaissance du Code of Practice (www.minedu.govt.nz) J'accepte les conditions générales de LessonzAbroad Limited Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont correctes		Date: Signature: • Si mineur, signature parentale ou du tuteur
Comment nous avez-vous connu?:			
MÉTHODE DE PAYEMENT Transfert télégraphique de votre banque à: Kiwi Bank Head Office, 155 The Terrace, Wellington, New Zealand tél +64 4 473 1133 Account name : Lessonz Abroad Limited Account number : 38-9003-0659880-00			

Formulaire à renvoyer soit par courrier à Lessonz Abroad Ltd. PO Box 340165, Birkenhead, 1310 North Shore, Auckland, New Zealand soit par fax au +64 9 482 3068 ou par courriel à info@lessonzabroad.com